

INDICAÇÕES DE AMIGDALECTOMIA E ADENOIDECTOMIA

TITO LIVIO GIORDANI *
MANOEL ANTÔNIO DE MACEDO LINHARES **
SÉRGIO KALIL MOUSSALLE ***

SINOPSE : São abordadas as indicações e contraindicações de amigdalectomia e adenoidectomia.

I — CONSIDERAÇÕES GERAIS

A superfície interna do faringe é forrada por mucosa revestida superficialmente por epitélio cilíndrico ciliado ao nível do rinofaringe e de tipo pavimentoso estratificado ao nível do oro e do hipofaringe. Abaixo do epitélio encontramos o cório, rico em folículos linfóides e glândulas mucíparas.

A mucosa faríngea sofre um pregueamento múltiplo em determinados pontos abrigando no seu interior conglomerados de folículos linfóides — as chamadas amígdalas. Esse conjunto forma o anel linfático de Waldeyer: as amígdalas palatinas em ambos os lados da garganta situados entre os arcos glosso-palatinos e faringo-palatinos; a amígdala lingual na base da língua; a amígdala faríngea de Luschka ou adenóides; além da amígdala tubária que se situa no rinofaringe acima do óstio da tuba de Eustáquio.

As amígdalas palatinas constituem o principal elemento desse conjunto. Seu epitélio de revestimento se insinua para dentro, constituindo criptas. Em torno dessas criptas existem folículos linfóides. Na face externa há tecido conjuntivo pertencente ao sistema retículo endotelial formando verdadeira cápsula fibrosa.

Admite-se que a função das amígdalas está relacionada à propriedade de infiltração linfocitária do epitélio de revestimento das criptas, o que coloca o tecido linfático em contato com elementos patogênicos

* Auxiliar de Ensino de Otorrinolaringologia da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
** Auxiliar de Ensino de Otorrinolaringologia da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
*** Doutorando da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

presentes no interior das criptas proporcionando a formação de anticorpos contra esses elementos patogênicos. A presença dos linfócitos no interior das criptas modificaria as propriedades das bactérias aí presentes, tornando-as menos virulentas, pelo que o tecido amigdaliano teria uma função defensiva, atuando como filtro de material infeccioso.

A criança ao nascer tem o tecido linfóide dessa região pouco desenvolvido. Mas em seguida ele adquire bom desenvolvimento e continua a progredir atingindo hipertrofias fisiológicas no período escolar para começar a declinar no correr dos anos.

O exame das amígdalas palatinas requer cuidados especiais já que em grande número de casos, especialmente em crianças maiores apresentam-se encastoadas, sendo insuficiente a simples inspeção com o abaixa-língua, tornando-se necessário o afastamento do bordo livre do pilar anterior do véu do paladar para sua visualização.

O exame das adenóides é feito pela rinoscopia posterior, pelo toque digital ou radiografia do rinofaringe em perfil.

As afecções agudas das amígdalas respondem bem, na maioria das vezes, aos cuidados de ordem geral, repouso e antibióticoterapia. Os microrganismos mais comuns nesses processos são o *Streptococcus beta-hemolítico* e o *Streptococcus viridans*.

Os problemas amigdalianos na infância são bastante frequentes e as adenomigdalectomias constituem a grande maioria das intervenções pediátricas.

A amigdalectomia pode ser feita em qualquer idade, ainda que seja necessário um cuidado maior nos pacientes idosos e no estabelecimento das indicações precisas nas crianças muito jovens. Só se fará a cirurgia antes dos 4 anos de idade excepcionalmente.

A amigdalectomia é uma intervenção cirúrgica que requer o máximo de cuidado, pois um resto amigdaliano que fique é muito mais focal do que uma amígdala inteira.

A adenoidectomia, se realizada em criança de pouca idade poderá com frequência ser seguida de reaparecimento de tecido adenoidiano. Mas poderá ser feita até no lactente quando comprovadamente fôr causa de obstrução nasal.

II — INDICAÇÕES DE AMIGDALECTOMIA

1. SURTOS REPETIDOS DE AMIGDALITE

As amigdalites agudas que aparecem várias vezes ao ano, determinam por sua repetição quadros febris e alterações do estado geral que são causas de preocupação constante do paciente e de seus familiares. As recidivas que se apresentam mais frequentemente nas crian-

ças e adolescentes ocorrem na maioria dos casos sobre a base de uma amigdalite crônica. Os surtos inflamatórios agudos, cujos intervalos podem ser muito pequenos, representam a reavivação dos focos latentes. Nas crianças essas repetições de quadros infecciosos do orofaringe com tumefação dolorosa dos gânglios linfáticos cervicais submandibulares, chegam a constituir uma séria perturbação no desenvolvimento geral do organismo. A amigdalectomia nesses casos representa a única terapêutica razoável. Considera-se como indicação plenamente justificada de cirurgia o aparecimento de pelo menos 4 surtos de amigdalite aguda no período de um ano.

2. ABSCESSOS PERI-AMIGDALIANOS

Os abscessos peri-amigdalianos são complicações dos processos infecciosos das amígdalas. Localizam-se no tecido conjuntivo frouxo que enche o espaço entre a cápsula amigdaliana e a aponeurose do músculo constritor superior do faringe. Incide com mais frequência no adulto, sendo raro no lactente. Os processos inflamatórios das criptas amigdalianas com frequência ultrapassam a cápsula e vão se concentrar no espaço peri-amigdaliano anterior ou posterior.

A história clínica é de uma amigdalite crônica exacerbada e o primeiro sintoma é uma intensa dor unilateral no pescoço, que vai se tornando quase insuportável durante a deglutição, podendo chegar ao ponto de não poder engolir a própria saliva. Ao lado dessa disfagia, vão aparecendo sintomas infecciosos gerais, a dor se irradia para o ouvido do mesmo lado e pode haver trismo por constrição dos masseteres. A temperatura sobe rapidamente a 39-40°C. A orofaringoscopia mostra tumefação do palato mole, da úvula e do pilar anterior do lado afetado. A amígdala fica deslocada para a linha média e a voz se torna interrompida, pouco clara e nasal. Há reação ganglionar submandibular.

O tratamento recomendado é antibióticoterapia e drenagem do abscesso com incisão logo que houver formação de pús, o que ocorre em torno do 5.º dia, isso se já não tiver ocorrido ruptura espontânea. Se o abscesso for anterior (na grande maioria das vezes) se pratica a incisão entre a amígdala e o pilar anterior. Se o abscesso for posterior (retro-amigdaliano) se incisa por trás da amígdala através do pilar posterior.

A amigdalectomia na presença dos abscessos não encontrou apoio geral nem mesmo na era pré-antibiótica.

Ainda que hoje exista uma uniformidade de conceitos sobre a extirpação das amígdalas depois de um abscesso curado e especialmente depois da produção de vários, o momento em que a operação se realiza vai depender do estado de cada paciente.

A amigdalectomia após alguns dias, quando desaparece por completo a inflamação e se restabelece um bom estado geral do paciente é ainda o melhor tratamento, já que êsses abscessos tendem a se repetir.

3. HIPERTROFIA AMIGDALIANA COMO FATOR OBSTRUTIVO

A hipertrofia das amígdalas palatinas se caracteriza por uma hiperplasia dos elementos linfóides, característica da criança. Já no adulto há predominância de tecido conjuntivo e é mais freqüente a amigdalite crônica que pode ser também hipertrófica, mas que na maioria das vezes é atrófica. Considera-se que a hipertrofia no adulto é sempre patológica, enquanto que na criança nem sempre o é.

O fato de a amígdala simplesmente ser grande não impõe a amigdalectomia. Mas ainda que não haja infecção, a indicação cirúrgica será plenamente justificada se a criança apresentar obstrução mecânica que se manifesta por dificuldade respiratória, roncos durante o sono, voz pastosa com timbre abafado, como se falasse com a bôca cheia, dificuldade de deglutição que pode explicar uma inapetência, ou quando essa hipertrofia vier comprovadamente a perturbar o desenvolvimento torácico.

4. AMIGDALITES CRÔNICAS

Como consequência de uma amigdalite podem se formar coleções caseosas na amígdala e no recesso supra-amigdaliano. O cáseo que se forma é uma mistura de linfócitos alterados e células epiteliais descamadas com colesterol e ácidos graxos, o que confere uma extrema fetidez. A halitose é o principal achado desse processo. Como elementos de infecção crônica encontramos secreção turva ou francamente purulenta quando lançamos mão da compressão digital ou instrumental do pilar anterior. Pode inclusive haver eliminação desse material caseoso pela tosse.

A halitose e a eliminação constante de secreções amigdalianas transtornam a vida do paciente. O tratamento será sempre cirúrgico.

5. PORTADORES DE BACILOS DIFTÉRICOS

Devemos considerar aqui os convalescentes de processos diftéricos do orofaringe e os portadores sãos do bacilo diftérico. Serão capazes

de transmitir a difteria aqueles pacientes que ainda abriguem bacilos diftéricos virulentos por algumas semanas durante e após a convalescença. "Portadores são do bacilo diftérico" é o nome que se dá àquelas pessoas que, embora portadoras do bacilo no seu organismo porque em qualquer ocasião estiveram em contato com os germes, possuem suficiente imunidade para não contrair a enfermidade. Há um fenômeno de adaptação e raras vezes o indivíduo portador contrai a difteria. Mas ele se torna um perigo constante para o ambiente em que vive por ser uma fonte potencial de infecção. Quando fracassam os meios conservadores, torna-se necessário fazer um saneamento dos focos. Em 60% dos casos os bacilos se localizam na região amígdalo-faringeana. Como as amígdalas desses portadores são apresentam-se quase sempre com sinais de amigdalite crônica, impõe-se duplamente a amigdalectomia. Posteriormente deve-se fazer uma pesquisa periódica no orofaringe, dando atenção também a possíveis focos das fossas nasais e seios paranasais.

6. A AMÍGDALA FOCAL

Denominamos foco de infecção ao órgão que é sede de germes patogênicos capazes de ocasionar alterações locais ou determinar processos infecciosos à distância. Segundo a definição de Maduro seriam "teleorganopatias de origem focal". Existem muitas teorias para explicar essa repercussão à distância, todas elas porém passíveis de argumentos contrários. A **teoria infecciosa** tenta explicar essas manifestações por migração de germes. A **teoria toxêmica** diz que as toxinas microbianas do foco inicial atuam sobre os órgãos distantes, especialmente sobre as articulações e os rins. A **teoria alérgica** atribui a essas manifestações um mecanismo alérgico onde o conflito antígeno-anticorpo se desenvolveria no órgão focal durante a infecção local e uma nova invasão de antígenos encontraria reação em órgãos situados à distância do foco.

As formações linfáticas do faringe, em especial as amígdalas palatinas, ocupam um lugar predominante como órgãos focais das infecções estreptocócicas do trato respiratório.

Dois são os processos que mantêm aparente relação de dependência com a infecção focal amigdaliana: a febre reumática e a glomerulonefrite.

A hipótese que condiciona febre reumática com enfermidade focal, antes muito difundida, já não é sustentada dessa forma atualmente. Mas não se pode duvidar da importância patogênica do foco amigdaliano na constituição da febre reumática. A importância da amigdalectomia como medida terapêutica nessas enfermidades reumáticas

é julgada de formas diferentes por diversos autores. Como medida preventiva, a cirurgia não tem atualmente importância prática. Justifica-se porém a intervenção quando fôr realizada nos períodos de regressão e acalmia da febre reumática, mais para o saneamento da infecção amigdaliana e para melhora do estado geral do paciente do que pela própria febre reumática.

A glomerulonefrite é uma segunda enfermidade que se apresenta como processo reativo alérgico-hiperérgico em continuação de uma doença estreptocócica anterior. Segundo Falk e Maurer a amigdalectomia realizada nas primeiras sete semanas da enfermidade, proporcionaria encurtamento do curso da mesma, uma melhora dos resultados finais e uma diminuição no perigo de recidiva. Assim, a cirurgia poderia ser realizada sempre que houvesse concomitância entre o aparecimento de uma amigdalite e a doença renal, visando a prevenção de recidivas. Nos processos crônicos a indicação de amigdalectomia é discutida, pois a eliminação do foco amigdaliano pode realmente deter a progressão da enfermidade ou pode ser o fator acelerante quando já houver grande prejuízo da função renal.

As amígdalas responsáveis por infecção focal são quase sempre pequenas, havendo reação ganglionar sub-mandibular concomitante.

O critério que o especialista deve seguir vai se basear numa anamnese bastante rigorosa e bem ordenada do ponto de vista cronológico, isto é, se a um surto de amigdalite sucedia um surto patológico secundário à distância. Assim, êle deverá reconhecer que a amígdala não é somente infectada, mas também infectante. Deve-se ainda ter em conta que tôdas as infecções estreptocócicas do aparelho respiratório podem ser causas de enfermidades à distância e não só as amígdalas, apesar de quase sempre constituírem o principal foco.

III — INDICAÇÕES DE ADENOIDECTOMIA

1. HIPERTROFIA COMO FATOR OBSTRUTIVO

As vegetações adenóides constituem a forma hipertrófica da amígdala faríngea. Caracterizam-se por hiperplasia dos elementos linfóides e é bastante comum na criança. Durante e após a puberdade elas sofrem um processo de regressão. Podem estar presentes no recém-nascido, mas sua maior freqüência incide no decurso da primeira infância.

O principal sintoma revelador de adenóides é a obstrução nasal, que acarreta respiração bucal de suplência e a estase de secreções nas fossas nasais.

A criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro e ronca. Há predisposição para resfriados e outras afecções do trato respiratório.

Com o passar do tempo, essa obstrução nasal persistente dá origem a certas deformações fisionômicas motivadas pela falta de função inspiratória nasal e a sobrecarga bucal: é o chamado fácies adenoideano (figura 1) e que pode ser caracterizado por boca continuamente aberta, lábio superior levantado, prognatismo do maxilar superior, abóbada palatina ogival, tendência a babar, fisionomia inexpressiva.

O tratamento das adenóides é sempre cirúrgico e se pode fazer na criança e no adolescente, quando então elas passam a envolver fisiologicamente. No recém-nascido e no lactente somente se fará a adenoidectomia nos casos em que a obstrução se torna total, impossibilitando a sucção do leite às mamadas.



FIGURA 1: FÁCIES ADENOIDEANO — caracterizado por rosto estreito, boca continuamente aberta, lábio superior levantado, prognatismo do maxilar superior, fisionomia inexpressiva. É resultante de uma obstrução nasal crônica com respiração bucal de suplência.

2. INDICAÇÃO POR SINTOMAS INFECCIOSOS

A grande quantidade de afecções locais e gerais, sobretudo na infância, desencadeadas ou conservadas por processos infecciosos ou hiperplásicos das adenóides, realça a importância da adenoidectomia.

a) ADENOIDITE

A adenoidite aguda é a inflamação catarral ou supurada da amígdala faríngea. No lactente o início é brusco com hipertermia e obstrução nasal com secreção muco-purulenta abundante. O tratamento dessa fase aguda se faz com vaso-constritores nasais por pouco tempo e antibióticoterapia. Posteriormente, se estes surtos se repetirem com frequência, está indicada a adenoidectomia.

b) RINITES DE REPETIÇÃO E SINUSITES

Pelo agravamento da obstrução respiratória que as rinites de repetição causam na infância, deve-se procurar a causa nas adenóides ou numa sinusite que muitas vezes aparecem juntas (figura 2). Nesses casos está plenamente indicada a adenoidectomia.

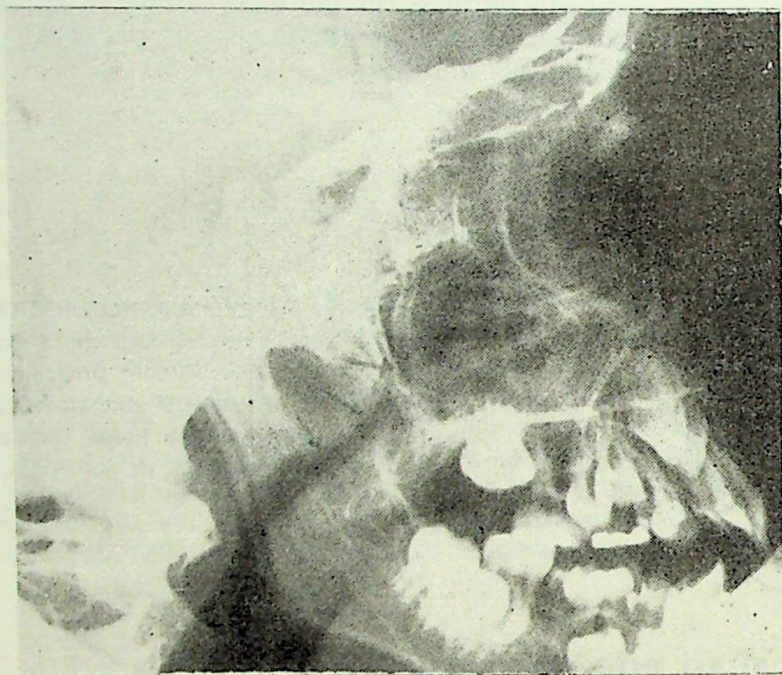


FIGURA 2: RADIOGRAFIA DO RINOFARINGE EM PERFIL, MOSTRANDO HIPERPLASIA DE TECIDO LINFÓIDE (ADENÓIDES). Menina de 9 anos com história de dificuldade respiratória nasal, dor de garganta, cefaléia, hipoacusia. Ao exame apresentou amigdalite crônica, adenóides, rinite purulenta, obstrução tubária, otite média serosa bilateral, hipoacusia de transmissão. A radiografia dos seios paranasais demonstrou opacificação dos seios maxilares. O tratamento clínico inicial não produziu melhora. Obteve alta plenamente recuperada após adenoamigdalectomia.

c) OTITE MÉDIA DE REPETIÇÃO

As otites médias são quase sempre consequência de infecções das fossas nasais, do rinofaringe ou dos seios paranasais. Êstes

processos inflamatórios podem atingir a caixa do tímpano através da tuba de Eustáquio. Ocorrem principalmente nas crianças, pois são elas que mais freqüentemente têm infecções do oro e rinofaringe. Por inflamação do tecido adenoideano a tuba se oblitera ou se inflama, e a consequência de uma imperfeita ventilação da caixa do tímpano é a otite média serosa, que pode cronicar. Ela se caracteriza por otalgia súbita, geralmente no decurso de processos gripais, hipoacusia de transmissão de início brusco, sensação de ouvido cheio, autofonia. Na grande maioria das vezes a chave do tratamento está nos problemas naso-sinusais e no rinofaringe.

d) INFECÇÕES DO OROFARINGE

A respiração bucal de suplência causada por uma infecção ou hiperplasia das adenóides pode ser responsável por amigdalites e faringites. As adenoidites podem ser responsáveis pela formação de abscessos retrofaríngeos por linfadenite dos gânglios linfáticos situados em posição retro-faríngea por trás da musculatura do órgão.

e) INFECÇÕES TRAQUEO-BRÔNQUICAS

As infecções crônicas ou crônico-recidivantes das vias respiratórias superiores podem ser responsáveis por traqueo-bronquites resistentes à terapêutica e que causam tosse irritativa. Entre as causas desses processos as adenóides ocupam lugar de destaque.

IV — CONTRA-INDICAÇÕES DE AMIGDALECTOMIA E ADENOIDECTOMIA

1. Discrasias sanguíneas.
2. Graves enfermidades gerais.
3. Doenças infecciosas no paciente ou no seu ambiente, especialmente a tuberculose que pode se disseminar por via hematogênica.
4. No decurso de infecções agudas, especialmente aquelas das vias aéreas superiores que são mais comuns.
5. Durante as epidemias de poliomielite e gripe.
6. Em portadores de fissura palatina, pálato curto ou rinite atrófica por serem fatores que predispoem a uma rinorréia.
7. Não se deve operar até 6 meses depois da administração de BCG por possível incubação de uma becegeite. Da mesma forma devemos esperar pelo menos até 2 meses depois da vacina antipoliomielite.

8. Na criança com problema alérgico deve-se pensar bem antes de indicar cirurgia. O componente alérgico não sofre influência terapêutica nenhuma pela adenoamigdalectomia. Por isso a alergia representa uma contra-indicação condicional para essa cirurgia. Depois da extirpação das amígdalas os surtos de faringite granulosa e de rinite alérgica podem continuar e até se acentuar. Por isso nunca se deve dizer ao paciente alérgico que a retirada das amígdalas e adenóides vai melhorar o seu quadro infeccioso.

SUMMARY : Indications and contraindications for tonsillectomy and adenoidectomy are discussed.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — AGRA, A. — «Frente a cuándo indicar la adenoidectomia y la tonsilectomia.» In: TATO, J.M. — *Lecciones practicas frente a los problemas otorrinolaringológicos.* Buenos Aires, Club Otorrinolaringológico, 1968. p.87-94.
- 2 — AUBRY, M. & NEVEU, M. — *Las consultas diarias en otorrinolaringología y patología de la cara y del cuello.* Barcelona, Toray-Masson, 1965. (Las consultas diarias, dir. M.Albeaux-Fernet).
- 3 — CARVALHO, A.A. de — A amígdala na idade infantil. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 36:88-92, 1970.
- 4 — DE WEESE, D.D. & SAUNDERS, W.H. — *Textbook of otolaryngology.* 3.ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1968.
- 5 — FALK, P. & MAURER, H. — «Enfermedades inflamatorias de la faringe.» In: BERENDES, J.; LINK, R.; ZÖLLNER, F. — *Tratado de otorrinolaringología.* Barcelona, Científico-Médica, 1970. v.2, pt.1, p.78-261.
- 6 — GIGNOUX, M. et alii — Résultats statistiques de l'amygdalectomie dans les néphropathies. *Annales d'Oto-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale*, 83: 329-34, Avr./Mai, 1966.
- 7 — HUNGRIA, H. — *Manual de otorrinolaringologia.* 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1960.
- 8 — LAURENS, G. & AUBRY, M. — *Otorrinolaringologia practica.* Trad. esp. da 10.ed. franc. Barcelona, Toray-Masson, 1966.
- 9 — LEDERER, F.L. — *Enfermedades del oído, nariz y garganta.* Trad. esp. da 5.ed. ing. Barcelona, Salvat, 1953.
- 10 — MANGABEIRA ALBERNAZ, P. — *Otorrinolaringologia prática.* 7.ed. S. Paulo, Prociencx, 1963.
- 11 — MARONE, S. — A amígdala focal. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 36:92-6, 1970.
- 12 — MATTOSINHO FRANÇA, L.C. et alii — Amigdalite crônica infantil; considerações anátomopatológicas e bacteriológicas. *Pediatria Prática*, 37:375-98, out. 1966.
- 13 — PARKINSON, R.H. — *Tonsil and allied problems.* New York, Macmillan, 1951.
- 14 — STEWART, J.P. — *Logan Turner's diseases of the nose, throat and ear.* 6.ed. Bristol, John Wright, 1961.